UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'APPENDICITE dans la Rougeole

PAR

Gustave LE LYONNAIS

NÉ A SAINT-BRIEUC (COTES-DU-NORD), LE 15 JANVIER 1887

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Président : M. le Professeur LEJARS

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI°)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBERE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEJARS

Professeur de Pathologie Chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lappendicitedans0028gust

HISTORIQUE

Les complications intestinales de la rougeole ont été signalées depuis longtemps. Broussais voulait faire entrer la rougeole et les fièvres éruptives dans le cadre des maladies gastro-intestinales ; mais les lésions appendiculaires ont a peu près toujours passè inaperçues. Sans doute dans les vieux auteurs, l'appendicite sans être nommée est décrite à propos des épidémies de rougeole, on a signalé la péritonite comme une des complications de cette maladie, mais les faits précis manquent dans toute la littérature médicale ancienne.

Est-ce seulement parce que, comme l'écrit Bardon, si l'appendicite est vieille comme le monde, on a mis 5.000 ans à la découvrir ? Nous ne croyons pas que ce soit la seule et unique cause, car, en revanche, depuis sa découverte, l'appendicite a été étudiée, fouillée, travaillée plus que toute autre question.

Une raison plus plausible a notre sens, réside en ce fait que les cas typiques d'appendicite sont rares dans la rougeole. Paul Arnaud dans sa thèse sur l'épidémie de rougeole à la Charité de Lyon en 1964 ne cite pas un cas d'appendicite sur les 172 rougeoles qu'il a observées, Mendelssohn dans sa thèse sur la rougeole à l'hôpital Trousseau en 1876 ne signale pas d'appendicite sur 533 cas étudiés, Maurin qui donne un compte rendu dans sa thèse de 1896 de l'épidémie de Clans (Alpes Maritimes) eé 1893 ne cite comme complication intestinale que les crises dysenteriformes, Macry dans sa thèse de Paris en 1888 fait l'historiqne des complications intestinales dans la rougeole et ne cite que les crises dysenteriformes, de même Breuve dans sa thèse de Montpellier en 1878.

Du reste les manifestations appendiculaires dans la rougeole y sont le plus souvent latentes et exigent pour être décelées un examen minutieux. La crise appendicnlaire avec son cortège émouvant de symptômes fait souvent défaut ou se limite à une courte ébauche si le péritoine n'est pas atteint et alors même que les lésions de l'organe sont étendus et profonds ainsi que l'ont montré certaines autopsies.

Leudet cependant en 1859 avait bien exprimé l'idée que les fièvres éruptives pouvaient parfois causer des lésions de l'appendice, mais d'une part, les faits qui avaient attirè son attention étaient trop peu nombreux, d'autre part, l'appendicite comme

maladie autonome était niée par la grande majorité des auteurs. C'était une notion qui se confondait avec celle de la périty phlite érigée en doctrine et qui jouissait alors d'une acceptation quasi unanime. C'est 40 ans plus tard seulement que la question de relation de l'appendicite avec les maladies infectieuses fut de nouveau remise en jeu.

Une des premières observations d'appendicite au cours d'une rougeole est due au docteur Jalaguier. Il s'agissait d'un petit garçon chez qui les symptômes d'appendicite furent découvert au sixième jour de la rougeole.

En 1899, Henrich Ganz publie également un cas.

Willams (Boston médical, 1901) donne une observation très détaillée accompagnée de l'étude anatomique des lésions, l'appendicite ayant été traitée par l'intervention.

En 1902, Monsieur le professeur Roger cite un cas d'appendicite dans la rougeole.

Le docteur Mengus (Archives médicales d'Angers 1908) relate deux observations que nous retrouvons à la fin de ce travail.

Monsieur le professeur Rickel (Berliner Klinische Wochenschrift, 1907) rapporte un cas intéressant.

Monsieur le professeur Hutinel, au cours d'une leçon clinique, rappelait à ses élèves deux cas ayant évolué sous ses yeux. Il y ajoutait à titre de commentaire et de complément l'histoire d'une petite Brésillienne observée dans sa clientèle.

Le docteur Adbert de Loches, publiait dans la ga-

zette médicale du centre, un cas sur lequel il s'étendait longuement.

Mademoiselle R. Schoumsky dans sa thèse en rapporte 3 cas personnels.

Nous avons pu en réunir 5 observations inédites : deux dans lesquelles la preuve des lésions appendiculaires a été faite grâce à l'intervention chirurgicale ; pour les trois autres, l'abstention ayant été jugée préférable, la preuve matérielle n'a pu être faite, mais la conviction de plusieurs médecins et chirurgiens qui les observèrent nous a permis de les considérer comme très probables.

PATHOGÉNIE

La rareté des cas typiques d'appendicite dans la rougeole pourrait peut être faire douter de l'existence effective de l'appendicite rubéolique et faire voir dans la coexistance des deux affections, une simple coincidence.

Mais, d'une part, il est parfaitement admis aujourd'hui que l'appendicite de cause générale existe et d'autre part, dans les observations que nous citons la succession de l'appendicite à une infection rubéolique est si nette, les rapports existant entre les deux affections si frappants que nous ne pouvons y voir autre chose que la manifestation de cette loi qui dit que très souvent l'appendicite est l'expression locale d'une malade générale.

Comment la rougeole se localise-t-elle sur l'appendice ?

Avec Sahli, Tripier, Paviot et Simonnin nous pensons que la structure même de l'appendice fait qu'il

réagit ou peut réagir dants toutes les affections qui touchent le tissu lymphoïde. Comme Simonnin l'écrit « l'appendice, ganglion tubulé, plongé dans du tissu cellulaire, irrigué par des vaisseaux sanguins, abordé par de nombreux lymphatiques, en rapport d'un côté avec une muqueuse souvent irritée, de l'autre avec une séreuse éminement inflammable, l'appendice est fatalement condamné à être le siège de congestions fréquentes, d'inflammations aigues ou chroniques, tantôt plastiques et sclérosantes, tantot ulcéreuses, suppurative ou nécrosantes suivant les fluctuations de la lutte des formations lymphatiques et de leur substratum contre les germes et leurs toxines ».

Sahli de Berne au congrès de Munich en 1895 appelle l'appendice l'amygdale intestinale et l'appendicite l'angine de l'appendice iléo-cœcal.

Ainsi donc, l'appendice par sa constiution histologique prend part aux réactions de défense de l'organisme contre les différentes affections.

Peut-on aller plus loin et dire avec Simonnin d'une façon générale, plus l'infection de l'organisme est accusée, plus active et plus intense se montre la réaction appendiculaire » ? Les amas lymphatiques de l'appendice participent à la défense générale de l'organisme plus fréquemment encore qu'on ne le croit, et leur réaction ne commence à devenir sensible que par le phénomène de la douleur provoquée à la pression. Le péritoine ne réagit pas non plus que la muqueuse intestinale ; il paraît y avoir

une simple adenite appendiculaire, si cette expression n'est pas trop hardie.

Comme le pense Tripier et Paviot, les manifestations appendiculaires de cette nature sont le plus souvent latentes, presque silencieuses et nécessitent pour être décelées un examen minutieux. Est-il bien nécessaire de penser que l'appendice ait été antérieurement taré ?

Sans doute, comme le pense Charrin, «, le passage de toxines a travers les parois intestinales ne se réalisant pas sans offenser la structeure des couches profondes ou superficielles du tissu réticulé, de l'épithélium, des glandes ; nous comprendrons aisément comment des infections peuvent réveiller un processus inflammatoire déjà ancien. » Mais souvent le malade n'a jamais présenté dans ses antécédents d'affection permettant de supposer qu'un état appendiculaire latent en peut en résulter ; il nous semble donc logique d'affirmer que des attaques antérieures d'appendicite ne sont pas nécessaires pour localiser l'infection présente sur l'appendice.

Du reste, pourquoi ne pas admettre pour l'appendice ce qui est accepté partout aujourd'hui pour pour l'intestin et ne pas dire pour les troubles appendiculaires ce qne pense Roger pour les troubles intestinaux dans les maladies infectieuse. « Il n'est pour ainsi dire pas de maladie infectieuse qui ne provoque des troubles intestinaux. Ceux-ci peuvent être d'origine nerveuse, musculaire, chimique ou bactérienne. L'influence des troubles bactériens est

considérable : il est démontré par d'assez nombreuses recherches, les microbes intestinaux et notamment le colibacille s'exaltent au cours des infections ». Et il ajoute : « nous sommes dès lors conduits a nous demander si les infections ne peuvent pas jouer un rôle dans le développement de l'appendicite. Cette théorie est séduisante : la fréquence des lésions folliculaires de l'intestin lui donne un certain appui, mais les faits ne semblent guère conformes à ce qu'on pourrait prévoir.

Une seule fois dans la rougeole nous avons vu se développer une poussée d'appendicite. D'un autre côté, ayant examiné un certain nombre d'appendices chez des sujets qui avaient succombé aux infections les plus diverses et notamment à la variole, nous n'y avons pas décelé de lésions. Cependant il ne faut exagérer l'importance de ces résultats négatifs, il est seulement nécessaire de poursuivre des recherches plus nombreuses pour déterminer la valeur de l'hypothèse qui d'ailleurs cadre si bien avec les données de la pathologie générale ».

Pour Jalaguier l'infection quelle qu'elle soit ne fait qu'exalter la virulence d'agents infectieux contenus dans l'appendice à l'état latent.

Cette pathogénie pourrait expliquer certains faits comme l'appendicite familiale prouvée par des faits cités par Faisans, Brun, Routier, Jalaguier, Quénu, Tuffier et Roux.

Sans vouloir exclure les théories de Roux et de Tuffier qui admettent la malformation héréditaire et

celle de Poncet qui explique ces appendicites par un terrain spécialement propre à l'infection, on pourrait admettre l'influence d'une maladie infectieuse frappant plusieurs membres d'une même famille. Kauffmann a ce propos cite un fait particulièrement intéressant : « dans une famille de cinq enfants, trois présentèrent à un moment donné une poussée d'appendicite que l'on catalogua appendicite familiale. Or ces trois enfants seuls avaient eu la scarlatine au cours d'une épidémie antérieure. Ces mêmes idées pathogéniques aideraient à comprendre la fréquence anormale de l'appendicite à certains moments ». « On a observé depuis longtemps, dit Mercklen, de petites épidémies d'appendicite ou pour mieux dire, une fréquence insolite de l'appendicite a certains moments, dans certaines saisons. »

Faisans, Mercklen et Siredey ont remarqué la recrudescence d'appendicites à la suite d'une épidémie de grippe. Peut-être pourrait-on faire la même remarque pour la rougeole si l'on faisait des recherches systématiques.

Cette théorie de l'exaltation de la virulence des hôtes intestinaux pourrait aussi expliquer les appeudicites survenant tardivement après la rougeole. Il nous semble juste d'appliquer ici ce que dit Faisans à propos de la grippe. « Si la grippe agit en exaltant la virulence des microbes intestinaux, il n'est pas étonnant que les effets de cette virulence exaltée, c'est-à-dire les accidents inflammatoires

ne se montrent qu'au bout d'un certain temps. Et si la grippe commence par une folliculite appendiculaire, il n'est pas impossible d'admettre que cette folliculite commence par évoluer silencieusement pour ne donner lieu que plus tard aux symptômes bruyants qui nous permettent le diagnostic. »

Toutefois, cette explication pathogénique de l'appendicite n'a pas une valeur absolue et certains cas lui échappent manifestement. C'est ainsi que Mlle Meyer ayant fait la bactériologie de 40 appendicites opérées à chaud ou à froid, en a trouvé la moitié complètement stériles. D'autre part, on a vu des appendicites dont la cause n'était certainement pas la virulence exagérée des hôtes normaux de l'appendicite. Ainsi, Roudneff a trouvé une culture pure de pneumocoque dans l'appendice ; Ferrier, Achard, Broca, Sevestre ont également trouvé des pneumocoques, Corbellini signale l'appendicite à bacille de Pfeiffer. Des appendicites scarlatineuses, angineuses, érysipélateuses ont eu pour cause le streptocoque.

L'appendicite d'une maladie infectieuse peut donc avoir pour cause le microbe spécifique de cette maladie, et si l'on venait à isoler l'agent intectieux encore inconnu de la rougeole, peut-être le retrouverait-on dans l'appendice.

Vidal, Brissaud et Weissenbach, dans une communication à l'académie de médecine (séance du 22 octobre), mentionnent un cas typique d'appendicite aigue d'origine hématogène. Il s'agissait

d'une femme entrée à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Ce diagnostic fut confirmé, mais la malade présenta au bout de quelques jours des symptômes de péritonite. Elle succomba et à l'autopsie on trouva des lésions nettes d'appendicite. L'examen bactériologique décela du bacille paratyphique.

Quelle voie emprunte l'infection ? La propagation infectieuse nous paraît se faire souvent par voie sanguine et lymphatique comme elle se fait aux autres organes lymphoïdes : rate, ganglions, amygdale. De nombreuses expériences plaident en faveur de ce mode de propagation.

M. Josué a pu reproduire sur les lapins une appendicite par inoculation intra-veineuse : 1° d'une culture de streptobacille, 2° de contenu intestinal. M. Letulle a rappelé qu'il y a une appendicite éberthienne réalisée par infection généralisée sanguine une heure après l'inoculation. M. Charrier a isolé un strepto-bacille du lapin, qui injecté dans le sang de cet animal, reproduit des lésions de l'appendicite et ne produit que ces lésions. M. le professeur Roger a reproduit une appendicite avec le pneumobacille. M. Gouget également : 1° avec le streptobacille, 2° par injection sous-cutanée d'urine septique. Il a trouvé l'appendice parsemé de points blancs correspondant à des follicules tuméfiés, bourrés de leucocytes.

Plus concluantes encore nous paraissent les expériences de Mosny : elles montrent qu'un micro-

be n'est pas nécessaire, que les toxines seules peuvent produire une appendicite. Il a opéré avec deux toxines : la toxine pneumonique et la toxine staphylococcique.

Enfin, l'histologie prouve que bien souvent la muqueuse est remarquablement saine tandis que la sous-muqueuse, c'est-à-dire la région vascularisée présente des lésions des follicules. Dans le cas précédemment cité de Widal, l'examen histologique permettait de saisir sur le fait l'envahissement des parois cœcales par la voie sanguine. En effet, les taches ecchymotiques du cœcum étaient constituées par un infiltrat nodulaire, nettement sous-muqueux et périvasculaire. Cet infiltrat était parcouru par de nombreux capillaires dilatés dont la lumière, en certains points, était obstruée par des colonies de bacilles dont la forme et les aptitudes tinctoriales étaient celles du paratyphique.

Les lésions appendiculaires auraient elles l'énanthème comme point de départ ? Laissant de côté l'énanthème péritonéal dont l'existance n'est pas certaine (Mariotti Bianchi le nie, Couénon dans sa thèse dit qu'il croit l'avoir trouvé une fois), nous pourrions envisager la question pour l'énanthème intestinal.

L'énanthème intestinal avec catarrhe apparaît indifféremment à la fin de la période d'incubation, en pleine période d'invasion ou bien en même temps que l'éruption ou après elle. Or l'anatomie pathologique d'après Couénon nous montre le

gros intestin siège d'un congestion intense, la muqueuse ridée est rouge par places, dépolie de petites ulcérations de 1/2 millimètre à 1 millimètre de diamètre à contours irréguliers, mais de forme circulaire sont nettement perceptibles. Dès lors, il faut bien admettre la possibilité d'une infection secondaire venant se greffer sur la muqueuse déjà lésée et déterminant secondairement une folliculite.

Dans de tels cas l'infection ne se ferait donc pas par voie sanguine ou lymphatique, mais par la muqueuse. De toutes ces remarques pathogéniques nous pouvous conclure : 1°) l'appendice de par sa constitution histologique, de par sa « malformation lymphoïde par hyperplasie », suivant le mot de Letulle est prédisposé à être atteint dans les maladies infectieuses et en particulier dans la rougeole. 2°) l'appendicite peut-être la conséquence de l'exaltation de la virulence des hôtes normaux de l'intestin par l'infection rubéolique. 3°) Des germes spécifiques non normalement contenus dans l'intestin peuvent être en cause, le germe spécifique de la rougeole doit logiquement pouvoir être incriminé. 4°) Dans la grande majorité des cas les microbes parviennent à l'appendice par l'intermédiaire de la circulation. 5°) Dans certains cas, l'énanthème intestinal peut être le point de départ des lésions appendiculaires.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

La rougeole paraît produire au niveau de l'appendice à peu près les mêmes lésions que les autres maladies infectieuses : lésions de folliculite et de périfolliculite. Cependant M. Simon déclarait à propos d'examens pratiqués par lui dans la diphtérie « n'avoir trouvé d'aspect comparable que dans une rougeole compliquée de broncho-pneumonie chez un enfant en bas âge ».

Mlle Schoumsky dans sa thèse formule pour les examens pratiqués par elle, les observations suivantes : « l'appendice est tuméfié, congestionné, violacé. A la coupe longitudinale, on trouve la cavité soit libre, soit contenant des concrétions fécales. La muqueuse tuméfiée est d'une couleur rouge foncée ; la lumière du canal, rétrécie du fait de la tuméfaction de la muqueuse peut être libre dans le

cas de folliculite simple ou oblitérée par une matière muco-purulente lorsque les lésions sont plus avancées et les follicules lymphoïdes en voie d'abcédation. Comme lésions péri-appendiculaires, la séreuse présente des masses fibrineuses adhérentes qui constituent de petites zônes jaunâtres, irrégulières ; le mésentère est injecté, le péritoine épaissi. On peut avoir de la péritonite enkystée ou généralisée ; le liquide est séro-purulent ou hémorragique.

L'examen microscopique prouve que la lésion caractéristique est due à une hypertrophie du tissu lymphoïde. Les follicules clos sont tuméfiés, encapsulés par une accumulation de cellules inflammateires qui augmentent énormément leur volume apparent. Les travées de leur réticulum sont infiltrées de globules blancs. Les sinus périfolliculaires devenus plus apparents sont bourrés de leucocytes polynucléaires. »

Rien ne nous paraît spécial dans cet exposé, les lésions décrites sont des lésions banales d'appendicite. Dans le cas cité plus loin ou la terminaison fut fatale (cas XIV) les lésions péri-appendiculaires n'étaient pas considérables, il y avait une quantité minime de liquide louche, pas de ganglions du méso-appendice.

ETUDE CLINIQUE

A quelle période de la rougeole l'appendicite est-elle la plus fréquente ? Dans la plupart des cas, les symptômes appendiculaires se révèlent au moment ou un peu après l'éruption. Sur un total de 19 cas que nous avons recueilli, 2 fois les symptômes appendiculaires son apparus à la suite de l'éruption, dans quelques cas assez tardivement ; 8 fois l'appendicite a précédé l'éruption, mais de fort peu il est vrai, tel le cas communiqué par M. le professeur Poisson dans lequel l'intervention fut faite sans que l'on se doutât en rien de l'existence d'une rougeole au début.

Dans la symptomatalogie de la rougeole compliquée d'appendicite, nous aurons surtout en vue les signes fournis par la réaction abdominale.

Comme le dit Triboulet « dans ces maladies infectieuses, ce n'est pas par simple coincidence fortuite que les sujets ont ou n'ont pas de réactions

intestinales. L'existence de la constipation ou l'apparition de la diarrhée relèvent d'influences qu'il importe de préciser... La rougeole normale n'a pas d'histoire intestinale clinique ».

Nos n'envisagerons donc pas les symptômes qu'offrent ordinairement l'appendicite aigue et la rougeole commune. Nous n'aurions qu'à énumérer les signes de ces deux maladies se superposant ou apparaissant successivement selon que les deux affections ont évolué simultanément ou avec un léger intervalle : ce serait rééditer les symptômes trop connus de ces deux affections, car leur association ne modifie en rien le tableau clinique de chacune d'elles et se borne a ajouter aux traits de l'une des caractères de l'autre. Suivant la période de la rougeole, dans laquelle apparait l'appendicite, la superposition des symptômes sera plus ou moins complète. Survient-elle (cette appendicite) pendant la période de l'incubation, quand rien encore ne fait prévoir la fièvre éruptive ? Seule l'appendicite occupe toute la scène et la rougeole vient s'installer au millieu des phénomènes abdominaux (obser. I, VIII, IX, XIV). Survient-elle a une époque plus reculée, celle de l'éruption ? Nous constatons en même temps que du catarrhe oculo-nasal, et d'autres symptômes typiques de la rougeole, les signes cardinaux de l'appendicite : douleur abdominale à localisation spécifique ; défense musculaire et vomissements.

Nous voudrions, au contraire rechercher les

symptômes spéciaux qui, en présence d'une éruption rubéolique, pourraient faire songer à une localisation appendiculaire.

I. — Un premier symptôme sur lequel il nous parait utile d'attirer l'attention, c'est le vomissement. On peut affirmer qu'à l'encontre de ce qui se passe dans la scarlatine, la rougeole débute très rarement par des vomissements ; Mlle Schoumsky dans sa thése dit les avoir toujours rencontré.

Le vomissement est un acte essentiellement réflexe et les recherches de Schiff ont montré le rôle prépondérant que joue le pneumogastrique dont l'excitation facilite le vomissement, ce nerf étant le nerf moteur des fibres musculaires du cardia. Les contractions de l'estomac qui en provoquent l'apparition sont souvent sous la dépendance d'une intoxication, et pour nous, l'inflammation de l'appendicite n'est peut être pas étrangère à la fréquence des vomissemeuts dans la rougeole. On a bien dit que les vomissements surviennent quand la température monte brusquement, mais parfois ils se produisent sans cette cause et alors que la température monte peu.

Nous dirons donc pour conclure que le vomissement du début est sinon toujours du moins fréquemment en rapport avec la fluxion appendiculaire de la rougeole.

II. — Un second fait intéressant à étudier est la constipation. Dans la rougeole ordinaire, on peut

observer une diarrhée neutre ou acide en rapport, dit Triboulet avec une infection pneumococcique concomittante ; le plus souvent les selles sont normales. La constipation, si elle est nettement observée peut résulter de deux causes : soit d'une appendicite concomittante, soit d'une stase fécale provoquée par le régime lacté. A ce propos, Simonin a cru pouvoir accuser ce même régime lacté de provoquer des inflammations appendiculaires dans des cas de scarlatine observés par lui. Doit-on tenir le même raisonnement dans la rougeole ?

Dans bien des cas on constate une constipation assez considérable sans s'y arrêter, on prescrit des lavements au malade et on met cette paresse de l'intestin sur le compte du régime lacté.

Pour nous, nous croyons plutôt que la constipation est souvent due à une réaction appendiculaire et qu'il convient d'y prendre garde à chaque fois qu'on la constate. Du reste, tôt ou tard, elle apparait toujours.

III. — Un autre symptôme important est la haute température que l'on observe dans ces cas d'appendicite survenant au moment de l'éruption rubéolique.

La fièvre intense est de nature à embarrasser et à inquiéter le médecin en raison de l'appendicite constatée. Elle pourra le porter à juger celle-ci plus sévèrement et à lui attribuer un rôle dans cette hyperthermie. Le professeur Bickel de Berlin fait justement remarquer que du fait de la rougeole la

température ne sera plus le guide fidèle auquel on peut se fier pour apprécier la forme de l'appendicite. Nous croyons, pour notre part, que ce n'est pas l'appendicite qui joue un rôle important dans cette hyperthermie et que cette grande fièvre est causée par la rougeole. Une fois l'éruption bien sortie, la température baisse malgré l'évolution des signes d'appendice. Nos observations en font foi.

IV. — Un signe caractéristique est la douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, malheureusement nous croyons qu'elle manque dans beaucoup de cas et qu'il faut la rechercher par la palpation.

Nous sommes convaincu que si l'on examinait systématiquement tous les rougeoleux, on trouverait souvent une douleur appréciable à la pression sans que la douleur spontanée existe.

Il existerait, ce que Simonin appelle dans les autres maladies infectieuses, une « appendicite catharrale latente » et voici ce que le docteur Comby en pense « l'appendice peut être malade depuis longtemps, gonflé, congestionné, induré, oblitéré, lésé profondément dans sa couche lymphoide sans donner lieu à des symptômes locaux suffisants pour le diagnostiquer. Le chiffre des appendicites chroniques reconnus est très inférieur à celui des appendicites chroniques existentes. Pour découvrir une appendicite chronique, il faut la poursuivre de recherches attentives, répétées, acharnées. »

V. — On a pu constater l'empâtement dans la fosse iliaque à peu près dans la moitié des cas. La défense musculaire et la contracture sont assurément des signes précieux, mais l'indocilité des enfants qui souvent se raidissent à la moindre tentative de palpation ne permet pas de leur accorder une très grande valeur.

PRONOSTIC

Le pronostic est-il assombri du simple fait de l'association de l'appendicite avec la rougeole ?

M. le professeur Hutinel dans une leçon clinique sur l'appendicite rubéolique déclare qu'il se montre rassuré dans ces cas, sachant que lorsque l'éruption morbilleuse est complète, tout rentre habituellement dans l'ordre. Certaines de nos observations semblent confirmer cette manière de voir ; en particulier les trois dernières ; dans ces trois cas, les phénomènes appendiculaires apparaissent avec l'éruption et disparaissent avec elle sans laisser de traces, semble-t-il.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi et ce n'est pas toujours de cette façon heureuse que les choses se passent. Dans les observations I, IX, X, XII, XIV et XV, on a du intervenir chirurgicalement et dans les cas IX et XIV le sujet n'a pu être sauvé même par l'opération.

Peut-être s'agit-il dans ces cas de malades ayant des antécédents appendiculaires graves mais passés inaperçus et dont une nouvelle infection vient considérablement augmenter la gravité ?

En résumé donc, en faisant quelques réserves au sujet de certaines malades, on peut dire d'une façon générale que le pronostic n'est pas considérablement aggravé et qu'avec un traitement prudent on arrive presque toujours à un résultat heureux.

TRAITEMENT

La rougeole commune n'exige pas pour elle-même un traitement bien énergique, elle évolue spontanément vers la guérison avec simplement des soins de propreté ; il n'en est pas de même des formes malignes qui nécessitent une médication plus active.

A l'exemple de Kauffmann dans la scarlatine compliquée d'appendicite nous sommes d'avis de proscrire les purgatifs. Comme le rappelle Triboulet à propos de la pneumonie « ce que nous avons entrevu des complications possibles : péritonite et appendicite, ne peut que nous confirmer dans l'opinion de ne pas purger les pneumoniques, suivant le précepte de Guéneau de Mussy ».

Donc, pas de purgatifs qui peuvent être le point de départ d'une réaction appendiculaire.

Dans les cas graves avec hyperthermie considérable faut-il donner des bains ? Nous croyons que les

déplacements intempestifs que nécessite le bain malgré toute la douceur et l'habileté de l'entourage et les mouvements de défense de l'enfant effrayé doivent le contre indiquer à chaque fois qu'on est pas absolument certain de l'intégrité de l'appendice. A notre avis, une bonne précaution avant de donner un bain à un rougeoleux grave consiste à examiner soigneusement sa fosse iliaque droite.

Dans les cas ou l'on craint une réaction appendiculaire, on substituera au bain dangereux et toujours douloureux une application de glace qui répondra ici a un double but : exercer une action curative ou préventive sur l'appendice malade et amener une baisse rapide et notable de la température. Bien entendu il faudra associer à cette médication un repos complet et la diète absolue.

Puis, on attendra les événements. Dans bien des cas, on aura une résolution définitive en quelques jours, dans d'autres les signes de lésions appendiculaires deviendront de plus en plus marqués.

Que faire en présence d'une appendicite confirmée ? Si l'urgence est évidente, il ne faudra pas hésiter à opérer même en pleine éruption : l'anatomie pathologique nous montrant des lésions bénignes nous autorise à ne pas proscrire d'une façon absolue l'intervention. Du reste nos observations I, III, VIII, et XV nous en montrent des cas encourageants ; le dernier surtout est remarquable par la simplicité des suites opératoires.

Dans les cas où aucun signe alarmant n'aura dé-

terminé l'intervention chirurgicale, il sera prudent de surveiller attentivement le système digestif après la guérison de la rougeole. S'il y a des signes d'appendicite chronique, on pourra temporiser en essayant le régime qui pourra diminuer l'apport des toxines, mais si les troubles continuent il faudra intervenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dr Williams (Boston medic. Journ., 27 Juin 1901.)

M. P..., âgé de 12 ans, tombe malade le 31 mars ; c'est un débilité ; il a déjà présenté des troubles gastro-intestinaux. A l'heure actuelle, il présente des nausées et du malaise général. Température 100° (37° 8).

1er avril. — La gorge est douloureuse. Température : 102e. Un vomissement.

2 avril. — Etat stationnaire.

2 avril. — Le malaise s'accentue. Température : 103°4. Deux vomissements, douleur abdominale ; toux, larmoiement, photophobie. A l'inspection : conjectives injectées, muqueuse buccale rouge, tuméfiée, remarquable congestion des gencives, amygdale droite rouge, enflammée et adhérente à la luette. Pas de signes de Koplick. L'examen de l'abdomen révèle dans différents endroits une douleur fugace et mal localisée.

4 avril. — Eruption de la rougeole sur la face et autour des oreilles, éruption confluente, conjectivite plus marquée. Toux légère.

5 avril. — L'éruption s'est propagée au cou et au tronc. Température 104° 4. Le matin le malade se plaint du côté droit ; cette douleur s'accroit fortement. Quand je l'ai vu, à dix heures du matin, elle était localisée exactement en un point situé en haut du ligament de Poupart. Elle augmentait à la moindre pression et le malade en indiquait l'endroit avec le doigt. Pas de matité, pas d'induration.

Diagnostic. — Appendicite aiguë. Le Dr Cabot fut appelé et on lui confia le malade. On pensa qu'il serait prudent que le Dr J.-U. Collow lui donna des soins personnellement vu son expérience en matière de rougeole, l'association de la dite maladie avec un appendicite chez un garçon de constitution délicate faisant craindre une certaine gravité. Le Dr Cabot en considérant la rapidité probable du processus se résolut à une opération immédiate. J'approuvais, ainsi que M. Collow cette décision. L'opération fut faite deux heures après par le Dr Cabot.

6 avril. — Température : 99 ; elle se maintient les jours suivants. La convalescence fut satisfaisante.

Tout cela prouve que la rougeole n'est pas une contre-indication opératoire.

Examen macroscopique. — Longueur, 4 cent. 5 ; diamètre, 6,8 millimètres. Un peu tuméfié dans ses deux tiers moyens. Enveloppe séreuse injectée surtout vers l'extrémité ; on voit quelques petites masses fibrineuses adhérentes qui forment de petites zones jaunâtres irrégulières. Mésentère injecté.

Après ouverture. — Petite concrétion de matières fécales de la dimension d'une fève. Muqueuse tuméfiée, lumière étroite, oblitérée par une matiére purulente crémeuse

et adhérente. En arrière, élargissement considérable de la lumière que la concrétion moule exactement. La muqueuse ici est rouge foncé, verdâtre. Début de gangrène évident. Au-delà de cet élargissement la muqueuse est sèche. Il y a cependant un peu de sécrétion muco-purulente.

Examen microscopique. — L'examen des coupes longitudinales montre un processus exsudatif surtout marqué à la surface intérieure de l'appendice. La muqueuse est bien conservée, infiltrée par places d'un nombre considérable de leucocytes polynucléaires.

Diagnostic. — Appendice aiguë.

OBSERVATION II

HEINRICH GANZ (Prager. Med. Wochenschr., 1899.)

Le 18 juillet 1897, je fus appelé par une famille auprès d'une fillette âgée de 11 ans, chez laquelle je constate une rougeole au stade d'éruption. Cette éruption occupait la face, le cou et la poitrine. Les signes qui habituellement accompagnent la rougeole étaient peu marqués.

Le même jour la fillette présente les sypmtômes d'une péritonite au début : douleur abdominale, vomissements, constipation. Le ventre était ballonné et la moindre palpation provoquait des douleurs très nettes dans la fosse iliaque droite. Ces symptômes s'atténuèrent bientôt et disparurent. En même temps apparaissait une diarrhée profuse. Peu de temps après se déclarait une parotidite gauche, suivie de l'apparition de taches scarlatiniformes d'une teinte bleu rougeâtre, localisées à la face d'extension des membres supérieurs et des membres inférieurs. Le 10 août

la fillette mourait en état de cachexie. A mon avis cette complication était de nature septique, mais il n'est pas démontré que cette péritonite n'était pas elle-même consécutive à une péritiphlite, intercurrente, d'autant que nous étions à la saison des cerises (appendicite saisonnière.)

OBSERVATIONS III et IV

Dr Mengus (de la Ménitré.) Arch. méd. d'Angers 1905.

I. Le 11 janvier 1905, on nous appella auprès de la jeune X..., âgée de 12 ans, atteinte de la rougeole, mais qui se plaignait de coliques et de vomissements.

Le point de Mac-Burney, très sensible, nous fit penser aussitôt à nne appendicite et, malgré la rougeole, nous ordonnâmes des applications de glace loco dolenti et la diète absolue.

Le lendemain, notre confrère, le Dr Tardif, de Longué, vint voir la jeune malade avec nous et confirmer notre diagnostic. On chercha à décider les parents à une opération, que nous jugions dès lors indispensable.

La nuit suivante fut très calme ; les parents qui n'avaient jamais osé contrarier la petite malade, qui ne voulait pas supporter la vessie de glace, avaient remplacé cette dernière par des cataplasmes, et ils se félicitaient du résultat que nous ne trouvâmes encore pas merveilleux ; vu l'état d'empâtement de la région malade et l'état de prostration de l'enfant.

Le soir, tous les symptômes d'une péritonite aiguë ne laissèrent plus guère d'espoir de guérison et les parents demandèrent eux-mêmes l'opération refusée jusque-là.

Le lendemain, M. le Dr Brin, choisi par la famille, put entreprendre l'opération vers une heure du soir, ce qu'il ne fit qu'avec beaucoup d'hésitation, le cas lui paraissant absolument désespéré. L'appendicite gangrené fut enlevé ; il renfermait un corps étranger, un coprolite. Il sortit beaucoup de liquide louche et purulent. Il n'y avait pas d'adhérences. La péritonite gangréneuse paraissait généralisée. On laissa trois tubes dans la plaie dont un plongeait dans le petit bassin. L'enfant guérit, bien que très difficilement, au bout de deux mois.

II. Comme coïncidence, le même jour du 11 janvier, nous fûmes appelé à donner nos soins à un petit garçon, lui aussi atteint d'appendicite à la suite de la rougeole. Celui-ci, malgré ses protestation dut subir l'application de la vessie de glace, et il guérit après trois semaines d'un traitement sévère.

OBSERVATION V

Pr. Bickel (Berlin. Klin. Wochenschr., 22 juillet 1907)

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 22 ans, qui au cours d'un voyage, passant par Berlin, y tomba malade. Dans ces antécédents personnels on relève un ulcère de l'estomac et un catarrhe du sommet du poumon droit.

Au premier examen du malade, que j'effectue tard dans la soirée, je constate que la température est de 38°5 et le pouls marque 96 pulsations à la minute. Il y a un coryza intense, une conjonctivite, de la photophobie. Le pharynx est très rouge ; la bronchite diffuse ; le malade tousse. Au

surplus on relève une résistance au doigt dans la fosse sous-claviculaire droite.

L'éruption de rougeole est typique à la face. Ses caractères sont moins nets sur le tronc et les membres. L'examen des urines décèle des traces d'albumine. L'abdomen est mou, nullement douloureux.

Dernière selle datant de la veille. Le lendemain de mon premier examen, le malade ressent une brusque et une vive douleur abdominale et vomit plusieurs fois dans la matinée et dans l'après-midi : l'intolérance gastrique est totale même pour les liquides. A la palpation le point de Mac-Burney est douloureux ; le malade ressent une doulenr moins vive à l'épigastre et du côté gauche de l'abdomen. La température atteint le soir 40°3. Le pouls bat à 100 pulsations ; mais reste fort et régulier. Le diagnostic de l'appendicite fut posé et l'interrogatoire le confirma en m'apprenant que deux mois auparavant je soignais ce même malade pour une légère crise d'appendicite. Cette crise fut la deuxième la première lui étant survenue avant la déclaration de la guerre russo-japonaise à laquelle il a pris part sans être nullement incommodé du fait de son appendicite. Le chirurgien, M. le professeur Roter, confirma le diagnostic d'une appendice grave. Le malade étant en pleine éruption rubéolique, la température très élevée (40°2) et l'état du pouls n'indiquant pas une participation du péritoine dans l'affection, nous résolûmes de temporiser avec l'intervention, malgré que la crise ne soit apparue que depuis quelques heures à peine et que par sa gravité elle plaidât en faveur d'une précoce intervention. Nous prescrivismes un traitement médical (petit lavement à l'huile d'olive de 100-150 centimètres cubes ; injection d'une solution faible de morphine ; glace sur l'abdomen). Et à la suite de ce trai-

tement les vomissements et les douleurs disparurent. Vingt quatre heures après la température tombait d'une façon remarquable, et le malade entrait en convalescence.

OBSERVATIONS VI

Recueillie dans le service de M. le professeur HUTINEL à l'hôpital des Enfants Malades par Mlle SCHOUMSKY

L'enfant Eugène M..., âgé de 5 ans, entre le 31 janvier dans les salles de la rougeole.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, bien portante. Père mort il y a cinq mois de tuberculsse. Un frère de 16 mois est bien portant.

Lui-même est né à terme ; il a pris le sein jusqu'à 14 mois. C'est sa première maladie.

31 jauvier. — Après huit jours de malaise on relève une éruption de rougeole très nette.

3 février. — Auscultation : gros râles de bronchite disséminé, toux rauque ; l'enfant se plaint de la gorge. Ensemencement : pas de diphtérie.

4 février. — Gros râles dans les parties moyennes et inférieure des deux poumons.

5 février. — Douleurs assez vives dans le ventre, survenues brusquement pendant la nuit. L'enfant vomit deux fois pendant la nuit et une autre fois le matin. Le ventre se prête mal à la palpation.

La paroi résiste surtout dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. Mais la douleur y est assez diffuse.

6 février. — Deux vomissements. Le ventre toujours dou-

loureux l'est moins que la veille. L'enfant résiste moins à la palpation qui révèle une certaine résistance dans la fosse iliaque droite.

La douleur se précise en un point proche de l'ombilic à droite, sensiblement le point de Mac-Burnay.

7, 8, 9, 10, 11, 12 février. — La douleur va s'atténuant mais les vomissements persistent. La fosse iliaque droite résiste toujours un peu.

Les jours suivants tout s'atténue. On nourrit l'enfant avec des purées.

OBSERVATION VII

Recueillie dans le service de M. le professeur HUTINEL à l'hôpital des Enfants-Malades par Mlle SCHOUMSKY.

Enfant Jeanne B..., 7 ans ; date de l'entrée dans la salle de la rougeole : 19 janvier 1908.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portant ; deux frères, dont un au sein est bien portant et dont l'autre entre en même temps qu'elle pour une rougeole.

Elle-même est née à terme ; a été nourrie au sein d'une nourrice à la campagne ; a fait sa première dent à 5 mois et ses premiers pas à 18 mois. Elle a eu étant en nourrice de fréquents vomissements et de la diarrhée.

Il y a dix jours qu'elle tousse. Depuis huit jours son ventre est douloureux. Elle a vomi dans la nuit qui précède son entrée. Pas d'éruptions mais du coryza et de la conjonctivite. La toux est rauque et fréquente. La gorge est rouge. Signe de Koplich à gauche. A la palpation, abdomen très sensible, langue suburrale. Pas d'albuminurie.

20 janvier. — Deux vomissements. Abdomen très sensible au pourtour de l'ombilic. Fosses iliaques indemnes.

21 janvier. — Pression douloureuse à droite. Puis à gauche l'appendice roule sous le doigt ; il n'est pas douloureux.

Les selles sont normales ; la rougeole est très marquée aux cuisses et aux jambes. Elle commence à s'atténuer à la face et au tronc.

A l'auscultation rien d'anormal.

22 janvier et jours suivants. — La rougeole suit son cours, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION VIII

M. le professeur RUTINEL (Leçon clinique, Journal des praticiens, 15 Avril 1908)

J'ai vu, l'année dernière une jeune fille de 15 ans d'origine sud-américaine, qui a plusieurs reprises s'était plainte de crises douloureuses localisées à la fosse iliaque droite. Elle avait été prise de fièvre et depuis quatre jours sa température oscillait aux environs de 39°. Tout à coup surviennent des vomissements, des douleurs abdominales, bientôt localisées au point de Mac-Burnay : la fosse iliaque droite s'empâte, devient mate à la percussion le ventre se ballonne, le faciès se grippe. Le médecin de la famille constatant que la température atteint 40° que le pouls est petit et fréquent, demande en consultation un médecin des hôpitaux, qui, après examen attentif de la malade, engage les parents à la faire opérer d'urgence. Mais voici que, sur le cou, la face, le voile du palais, apparait un pointillé rouge ;

ce pointillé s'étend, gagne le tronc, les membres, et, lorsque je suis appelé le lendemain, la rougeole est complètement sortie.

Bien que les symptômes locaux se fussent aggravés, je me montrait rassurant, sachant que lorsque l'irruption morbilleuse est complète tout rentre dans l'ordre. De fait, le soir la température n'était plus que 38°4, l'état général était meilleur, et tout sembait présager une guérison prochaine lorsqu'au bout de quelques jours la fièvre reparut : il s'était formé dans la fosse iliaque droite une collection supurée que l'on dut évacuer, et la malade se rétablit rapidement.

OBSERVATION IX

Dr A. Audbert de Loches (Gaz. méd. du Centre, Tours 1908

Nous avons eu l'occasion de voir rècemment dans notre clientèle un cas de rougeole particulièrement grave, puisqu'elle s'est terminée par la mort, et qui nous a semblé mériter une note spéciale. Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans 1/2, Melle R...; institutrice. La malade qui fait objet de cette conversation avait comme antécédent des bronchites emphysémateuses et une crise appendiculaire constatée en notre adsence par notre confrère Marnay de Loches, le 15 mars, et traitée avec un rapide succès par la thérapeutique classique.

Donc le 30 Juillet dernier Mlle R..., se plaignait de céphalalgie, oppression légère, vomissements, douleur nette au point de Mac Burney avec réflexe de défense, douleur qui dormit plusieurs jours, inavouée par cette malade peu

pusillanime ; pouls un peu rapide ; température autour de 38°5 ; constipation habituelle ; pas d'empâtement dans la fosse iliaque de droite.

Le lendemain, après une nuit agitée, température élevée pouls plus rapide, mais changement surtout des phénomènes algiques : le point paroxystique douloureux était plutôt dans la fosse iliaque gauche et le ventre tout entier était légèrement douloureux ; vomissements biliaires répétés.

Comme traitement opium et glace qui amène rapidement presque instantanément, un soulagement et un amendement des phénomènes péritonéaux.

Nous venions de faire licencier l'école de cette institutrice, envahie par la rougeole et la scarlatine, et l'idée nous vint de faire un examen de la gorge,qui était d'ailleurs légèrement douloureuse : nous pûmes faire alors le diagnostic précoce d'une fièvre éruptive, qui, vu la forme des pétéchies du voile, l'énanthème du bout et des bords de la langue, l'absence de troubles du côté des muqueuse oculaire et conjonctivale, nous incitait a pencher pour la scarlatine.

Le soir même un exanthème très diffluent apparaissait sans netteté topographique sur différentes parties du corps. Les urines contenaient de l'albumine.

Le lendemain Ier août disparition de tout celà, ce qui nous fit penser à une erreur de diagnostic possible et pouvant en imposer pour une de ces dermatoses totémique, dues à des résorptions intestinales chez une surmenée ; mais le soir cette rougeole si hésitante levait en plein, très confluente, et c'est alors que notre confrère et ami le Dr Bosc, de Tours, la vit avec nous quinze heures environ après notre visite du matin, c'est-à-dire en pleine nuit. A ce moment les symptômes péritonéaux étaient suffisamment éteints pour que la malade et son entourage se soient crus autorisés à supprimer la vessie de glace. Le ventre était

plus souple et tout semblait vouloir rentrer dans l'ordre avec une température de 37°5.

Du 1er au 10 août notre malade resta avec des rémissions rassurantes, semblant terminer à peu près normalement sa rougeole, pourtant accompagnée d'un état de surexcitation nocturne et d'une pyrexie sérieuse. Le 10 août au matin, Mlle R..., se plaignit en voulant aller la selle d'une sensation de gros corps étranger, descendant et remontant dans l'ampoule rectale. Je me décidai à pratiquer le toucher rectal, et je découvris ce qui me hantait, l'abcès du ventre. Le soir même un chirurgien de Tours confirma le diagnostic et me conseilla l'ouverture par rectum pour le lendemain. La malade passa, parait-il, une nuit affreuse, et dès le matin je fis une ouverture sous chloroforme. Mais l'abcès qui, la veille, bombait nettement derrière le corps de l'utérus, dans le Douglas, n'existait plus ; la rapidité de la diffusion nous avait surpris. La laparotomie faite quelques heures plus tard permit d'évacuer une certaine quantité de sérosité louche, mais ne put sauver la malade qui mourut dans la nuit du 12 au 13 de toxémie, les conjonctives étaient jaunes, le pouls étant resté pendant quarante huit heures entre 160 et 180.

OBSERVATION X

Communiquée par M. le Dr Comby, in thèse de Mlle Schoumsky.

M. le Dr Comby fut appelé un jour au Palace-Hôtel par une famille hollandaise de Rotterdam. Il s'agissait d'une fillette de 10 ans, qui venait de faire une rougeole. Cette ma-

ladie avait évoluée normalement et l'on ne retrouvait guère que quelques macules disséminées sur le tronc et les membres quand, brusquement, la fillette fut prise de vives douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Devant ces phénomènes inquiétants le médecin de la famille appela M. le Dr Comby qui découvrit un empâtement très net dans la fosse iliaque droite. Et M. le Dr Brun, alors chirurgien des Enfants-Malades, partagea entièrement sa conviction qu'il s'agissait là d'une appendicite à la suite de la rougeole. Ils appliquèrent le traitement médical, se réservant d'intervenir quand l'appendicite serait refroidie. Ce fait survint trois semaines plus tard. Mais la famille, peu partisante d'une intervention, retourna dans son pays avec l'enfant.

OBSERVATION XI

Due à l'obligation du Dr Veau professeur agrégé à la faculté de Paris, in thèse de Mlle Schoumsky

Gaston B..., âgé de 6 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 12 février 1899.

Antécédents héréditaires. — On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a un an l'enfant, qui jamais avant ne présenta de troubles gastro-intestinaux, souffrit du ventre à la suite de la rougeole. Il eut alors plusieurs vomissements. Les douleurs et les vomissements durèrent quelques jours. Le médecin qui le vit alors aurait diagnostiqué une « inflammation intestinale ». Depuis huit jours l'enfant souffre du ventre, il va bien à la selle, n'a pas de vomissements, mais un peu de nausée le matin et

un peu de fièvre ; devant cet état persistant on l'amène à l'hôpital ou il entre d'abord (le 10 février) dans un service de médecine.

Là, on constate un peu de ballonnement du ventre, de la douleur, mais pas d'empâtement dans la fosse iliaque droite. Temperature : 38°5. On met l'enfant à la diète, on lui donne de l'opium à l'intérieur et on applique une vessie de glace sur le ventre.

Le lendemain, la température baisse à 37° le matin, à 36°7 le soir ; le pouls est bon, bien frappé, régulier à 80.

12 février. — La température s'est élevée à 37°7, le facies, assez coloré sur les joues, est d'une teinte pâle, cireuse autour du nez. Cependant les yeux ne sont pas excavés et le facies n'est pas grippé. Le pouls petit, misérable et très rapide (120) en dissociation avec la température ; la paroi, très tendue, se défend partout contre la palpation, mais surtout à droite ou elle est absolument rigide et ou la pression est très douloureuse. L'enfant urine, mais peu abondamment, il n'a pas de selles et de très rares gaz. On le passe dans le service de chirurgie.

Le soir du 12 la température est tombée à 37°, le pouls au contraire reste petit et il est encore plus rapide que le matin (136). Les phénomènes abdominaux restant les mêmes ; on décide une intervention. On découvre une collection de pus assez bien lié, mais infect, d'odeur gangréneuse bien caractéristique. Le doigt pénètre dans une vaste collection péritonéale bien enkystée se prolongeant surtout sur la région médiane. On ne distingue pas l'appendice. On fait un large drainage, pansement stérilisé ; injection de 120 centimètres cubes de sérum artificiel. Le lendemain, l'enfant dont le pouls est resté petit, extrêmement rapide, meurt dans la soirée.

OBSERVATION XII

Recueillie dans le service de M. MARFAN à l'Hôpital des Enfants-Malades par Mlle SCHOUMSKY

L'enfant Philippe R..., est actuellement âgé de 8 ans 1/2. Il entre à la salle de la rougeole le 17 février 1909.

Ses parents sont bien portants. Il a un frère en bonne santé. Lui-même est né avant terme à 7 mois. Il a une double hernie congétinale à laquelle la mère attribue une foule de phénomènes.

A l'âge de 2 ans il a pris la variole. Dès cette époque des sympt ômes entéritiques ont éclaté ; traduits par une diarrhée intense avec douleur abdominale. Cet état persiste pendant six mois. Un séjour de six semaines à la campagne suffit pour amender ces symptômes.

L'enfant rentre à Paris. Il est constipé, quelques douleurs se font sentir dans l'abdomen, mais il ne vomit pas. De temps en temps après une crise de coliques, les selles deviennent glaireuses.

Vers le 2 février dernier, sans diarrhée ni fièvre, sans vomissements apparaissent des douleurs assez violentes siégeant autour de l'ombilic. Cela dure cinq jours, après lesquels on appelle un médecin.

A ce moment on diagnostique une rougeole au début qui suit son cours.

Après des alternatives de douleurs et d'accalmie qui durent du 12 au 14 février, la constipation apparaît ; on administre du sulfate de soude et sur l'abdomen on applique des cataplasmes.

Le 14 février l'hésitation n'est plus permise. On se trou-

ve en présence d'une crise d'appendicité. On prescrit la diète hydrique et sur le ventre on applique de la glace.

Le mardi 16 au soir l'enfant a un vomissement alimentaire puis dans la nuit dix vomissements porracés (au dire de la mère); effrayés les parents amènent l'enfant à l'hôpital le mercredi 17 à midi, à son entrée on constate les faits suivants : douleur abdominale surtout dans la fosse iliaque droite. Facies péritonéal, langue sèche. Température : 38°5; pouls 140. Intervention d'urgence à deux heures de l'après-midi. Incision ordinaire. Il s'en échappe une grande quantité de pus, mal lié, grumeleux, hémorragique, d'odeur infecte.

L'appendice est enflammé, très congestionné, violacé.

Au microscope on constate que les glandes de Liberkuhn sont atrophiées, le chorion chargé de leucocytes polynucléaires. Les follicules clos sont tuméfiés et leurs travées sont infiltrées par les nombreux globules blancs. Les sinus lymphoïdes péri-folli-culaires augmentés de volume sont bourrées de leucocytes. Des cellules inflammatoires encapsulent les follicules lymphoïdes et augmentent énormément leur volume apparent.

Diagnostic. — Appendicite folliculaire.

OBSERVALION XIII

In-thèse de Blais. Paris (résumée)

C..., Georgette, 8 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 23 février 1906. Elle a eu la rougeole il y a 4 mois. Depuis ce moment elle tousse. Constipation habituelle.

Depuis deux jours elle se plaint du ventre. Le 22 février

douleurs plus vives et vomissements ; un purgatif absorbé a été vomi.

A son entrée à l'hôpital, faciès pâle, amaigri. Langue sèche, température 38°. Pouls régulier à 120.

Le ventre est légèrement ballonné à droite avec peu de résistance musculaire et douleurs peu vives. Glace et diète.

Le 24 février, dissociation de la température 73°2 et du pouls 124.

Abdomen aussi souple et aussi peu douloureux à droite qu'à gauche.

Bon état général.

Le 25 février, facies légèrement péritonéal, selles diarrhéiques.

Les jours suivants cet état s'aggrave et le 4 mars après un toucher rectal ayant indiqué une masse volumineuse dans l'abdomen. on opère. Appendice gros, perforé, sphacélé. Mort.

OBSERVATION XIV (inédite)

Recueillie dans le service de M. le Docteur SOURDILLE à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Marguerite J..., 7 ans, entre le 17 février 1913 à l'Hôtel-Dieu. Selle 16. Elle est malade depuis deux jours de la rougeole. Sa sœur a aussi la rougeole. Le 16 février au soir, elle souffre de douleurs abdominales. Elle a aussi des vomissements biliaires.

Le 17, elle entre à l'Hôtel-Dieu à midi. Elle présente une éruption peu accentuée sur les joues, à la racine des cheveux. Le catarrhe oculo-nasal est en décroissance. Pas

de taches de Koplick. La malade est très abattue. dyspnéique, le facies grippé. Température 38°4. Pouls à 136. Respiration à 35.

L'abdomen présente de la défense musculaire, de l'hyperesthésie cutanée. Il y a de l'empâtement dans la région appendiculaire, de la matité et de la douleur.

La malade vomit une fois peu adondamment.

Le chirurgien appelé d'urgence opère à 3 heures. On trouve un intestin congestionné, œdématié, mais sans fausses membranes. Aux voisinages de l'insertion appendiculaire, on trouve un léger enduit séro-purulent. L'appendice est adhérent, œdématié et rouge. L'opération se fait facilement et simplement. Aussitôt après on fait 15 centimètres cubes d'huile camphrée et 500 grammes de sérum glucosé.

Le 18 février, l'état est stationnaire, le matin la température est de 38°2. Le pouls est à 152 ; la respiration à 40. Le soir, vers deux heures, surviennent des vomissements noirâtres, fréquents et répétés d'heure en heure. L'éruption est stationnaire. On fait 500 grammes de sérum glucosé, et 20 centimètres cubes d'huile camphrée. 1/5 de milligramme d'adrénaline arrête les vomissements. Le ventre est ballonné et douloureux. La malade n'a pas encore été à la selle, et n'a pas rendu de gaz. Température 37°8, pouls à 152. Respiretion à 43. Elle vomit dix fois dans la nuit.

Le 19 février, l'éruption est plus accentuée, mais localisée à la face. Température 36°4. Pouls incomptable. Respiration à 51. Les vomissements sont continuels.

Il y a de l'agitation, de la loquacité, puis de l'algidité et de la cyanose. En outre, la malade présente des signes de broncho-pneumonie. Le nez est pincé.

Le soir à 3 heures, l'état est comateux avec une température à 36°2, un pouls incomptable et une respiration à 68.

Quelques crises d'agitation surviennent. Mort le soir à 8 heures.

OBSERVATION XV (Inédite)

Communiquée par M. le Professeur Poisson

Enfant B. de L..., 8 ans, ayant eu une ou deux crises légères d'appendicite, mais sans importance, sans fièvre ni vomissements ; en un mot, sans aucun symptôme absolument caractéristique. Sa sœur aînée a été opérée d'appendicite grave.

Cette fillette est prise subitement de vomissements et de douleurs dans la fosse iliaque droite avec fièvre. La pression au point de Mac-Burney ne laisse aucun doute dans l'esprit et le diagnostic d'appendicite paraît s'imposer. L'enfant a pleuré ce jour-là et on ne s'aperçoit nullement de la rougeur conjonctivale qui aurait pu mettre sur la voie au point de vue de la rougeole.

L'opération a lieu le soir même. On trouve un appendice vascularisé, volumineux, sans adhérences, mais l'opérateur ne fait aucun doute à ce moment sur la réalité d'une appendicite au début. On ne fait pas de drainage. Le lendemain matin seulement on constate une fièvre inquiétante à 39°, mais aucun ballonnement du ventre ni aucun symptôme abdominal. On trouve du larmoiement, de la rougeur conjonctivale qui attire l'attention.

Le soir même apparaît une superbe éruption de rougeole qui suit le cours normal. Elle est suivie de desquamation furfuracée.

Tout évolue dans de bonnes conditions, la toux seule est

pénible parce qu'elle provoque des douleurs au niveau de la suture. Guérison complète.

Deux hypothèses se posent en présence de ce cas. Ou bien, il existe une relation intime entre la rougeole et l'appendicite ; ou bien il y a eu une simple erreur de diagnostic causée par une coïncidence avec douleur dans la fosse iliaque droite, mais vraiment l'appendice paraissait anormal et nous nous rattachons beaucoup plus volontiers à une relation entre les deux affections, c'est-à-dire à la première hypothèse.

OBSERVATION XVI (inédite)

Communiquée par M. le docteur MOISNARD

Y. M..., 3 ans.

Pas d'antécédents personnels. Sinon coqueluche a 2 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Son frère actuellement âgé de 7 ans 1/2 a été opéré à 5 ans et demie d'appendicite par M. le docteur Vignard, (appendice perforé). Pas d'autres appendicites dans la famille. A la fin de janvier l'ainé fait une rougeole classique, son frère est contagionné et commence sa maladie.

Le 6 février au soir, éruption avec température à 38°2, le soir à 39°8. L'éruption rubéolique est fruste.

En même temps, l'enfant se plaint avec persistance de violentes douleurs abdominales. Pas de vomissements, selles rares et glaireuses. A l'examen, le ventre non ballonné est uniformément dur « comme du bois ». La contracture

des muscles droits est extrême avec prèdominance à droite; l'indocilité de l'enfant rend l'examen difficile.

A ce moment les docteurs Vignard et Sébilleau sont consultés. Nous pensons à la possibilité d'une réaction appendiculaire. Mais n'est-ce pas simplement la réaction abdominale d'un énanthéme intestinal dont le témoin serait quelques selles glaireuses ? En tout cas nulle indication opératoire et d'aillenrs, l'éruption qui bat son plein ne permet qu'une prudente temporisation. Le pouls et la température n'ont subi aucune influence de cet épisode abdominal. La descente de la température parallèle au pouls s'effectue normalement. Le 8 février la température vespérale 38°2, le 9 février 37°2 ?

Les jours suivants, l'enfant se plaint encore du ventre, les selles sont difficiles ; mais les douleurs s'atténuent graduellement, l'éruption disparait.

Du 11 au 17 février, l'état intestinal s'améliore, mais l'enfant devient abattu et sa prostation augmente chaque jour. Je me demande si nous n'assistons pas une réaction méningée (dont la contracture abdominale aurait été le prodrome !) Nous recherchons chaque jour le signe de Kernig, les réactions oculaires et autres réactions habituelles, le pouls sans obtenir de confirmation de cette hypothèse.

Du 16 au 21 février, l'amélioration apparait graduellement jusqu'à retour complet à la santé.

Conclusion : A quoi avons-nous assisté ?

Une rougeole mal sortie, mais certaine, avec réaction abdominale intense généralisée, mais avec prédominance dans la région Appendiculaire.

S'agit-il d'appendicite ?

Il nous a semblé a tous que l'appendice avait été influencé par l'infection rubéolique et avons adopté la nécessité d'une surveillance de tous les instants.

L'enfant était complètement remis de sa maladie lorsque dans la nuit du 18 avril, vers minuit, il se réveilla en poussant des cris et porte la main à sr fosse iliaque droite, la cuisse droite est fléchie en position de défense.

Une heure après il a des vomissements répétés, les derniers verdâtres. L'enfant indocile ne permet pas l'examen. Température normale. Pouls nécessairement rapide par l'agitation et les efforts de vomissement. Rien dans l'alimentation de la veille ne m'explique ces phénomènes et persuadé cette fois d'une crise appendiculaire, je fais prévenir le professeur Vignard dès le matin. A son arrivée, à 8 heures, l'enfant est paisible, mais indocile.

L'examen est difficile. Il y a de la contracture, mais le pouls, la température et le faciès ne permettent pas de conclure et nous remettons au soir un nouvel examen.

A 6 heures du soir, l'enfant après une bonne journée avec un pouls et une température normales, pas de vomissements se prête à l'examen avec une docilité inaccoutumée. Cet examen est absolument négatif et l'état de l'enfant ne donne même pas lieu à une nouvelle rencontre.

Suites normales. — Rapide retour à la santé que rien n'est venu troubler jusqu'à la date actuelle (octobre 1913).

OBSERVATION XVII (inédite)

Communiquée par M. le professeur Aubry

M. X..., fillette de 6 ans, tombe malade avec les symptômes habituels de la rougeole : fièvre élevée à 39° hypersécrétion lacrymale photophobie, catarrhe des muqueuses.

Le cinquième jour de la maladie apparait l'éruption. Le

lendemain l'éruption est bien sortie et abondante. En même temps surviennent des douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Elles sont spontanées, mais la pression au point de Mac-Burney en détermine une exagération manifeste. La défense musculaire est bien nette à droite. Constipation marquée depuis plusieurs jours.

Le septième jour surviennent des nausées et un vomissement.

Les professeurs Vignard et Guilbaud sont appelés en consultation comme chirurgiens. Pour tous le diagnostic n'est pas douteux, il s'agit bien d'une crise d'appendicite. Ils décident cependant de ne pas intervenir immédiatement puisqu'il n'existe pas d'urgence. Comme traitement on ordonne des enveloppements humides, l'immobilité, la diète absolue et de la glace sur le ventre.

Les jours suivants, on voit apparaître une amélioration continue, les douleurs appendiculaires cessent progressivement en même temps que l'éruption disparaît.

OBSERVATION XVIII (inédite)

Communiquée par le Docteur Sébilleau

Le 24 décembre 1912, je fus appelé en consultation par M. le Docteur Simonneau pour examiner la jeun Anne X..., âgée de 3 ans.

Rien à noter du côté de ses antécédents héréditaires. L'enfant présente une double luxation congétinale de la hanche. Elle n'a jamais fait jusqu'ici de maladies graves.

Au cours d'une rougeole mal sortie, elle a été prise subi-

tement de vomissements et de constipation accompagnés de douleurs très vives dans la région abdominale.

Le jour ou je la vis avec le Docteur Simonneau, je constatai les signes suivants :

A l'aspect extérieur, la petite malade semblait abattue, mais ne présentait pas le facies abdominal. Elle poussait continuellement des cris plaintifs et paraissait beaucoup souffrir. Son corps était couvert d'une éruption maculeuse dont les éléments étaient pâles et peu abondants. L'examen de l'appareil respiratoire ne nous fournit aucun renseignement intéressant. Cœur normal, pouls très fréquent, petit (140 p.). La langue était sale, saburrale. L'haleine un peu fétide, 2 ou 3 vomissements bilieux. Constipation opiniâtre depuis 2 jours. A l'examen, l'abdomen était rétracté. La palpation révélait une contracture très accentuée des muscles de la paroi abdominale et faisait naître une douleur vive, généralisée à tout le ventre, mais plus accentuée au niveau de la fosse iliaque droite.

Les urines étaient diminuées de quantité, troubles. La fièvre était peu élevée et oscillait autour de 38°. En présence des vomissements, de la constipation opiniâtre, de la contracture intense de la paroi abdominale, de la fréquence du pouls, nous nous demandâmes, mon confrère Simonneau et moi, si nous n'étions pas en présence d'une appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

Nous n'avions pas terminé notre consultation que l'enfant demanda à aller à la selle et évacua des matières glaireuses légèrement sanguinolentes. A partir de ce moment elle alla beaucoup mieux. Au bout de 5 à 6 jours tout était rentré dans l'odre.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite en tant que complication de la rougeole existe.

II. — Sa pathologie s'explique par les faits suivants :

1°) L'appendice est un organe lymphoïde qui réagit aux infections comme une amygdale.

2°) La virulence des microbes normaux de l'appendice s'exalte au cours de l'infection nouvelle.

3°) Des microbes étrangers à l'appendice sont parfois entraînés par voie sanguine et lymphatique au niveau de l'appendice.

4°) L'énanthème intestinal peut servir de voie d'entrée à l'infection.

III. — Ces lésions anatomo-pathologiques de l'appendice dans la rougeole ne sont pas spécifiques : il y a surtout de la folliculite et de la peri-folliculite.

IV. — L'appendicite peut survenir à toutes les périodes de la rougeole mais surtout un peu après l'éruption.

V. — Les signes capitaux qui devront surtout éveiller l'attention sont les vomissements au début et la douleur localisée.

VI. — Le pronostic n'est pas considérablement aggravé du fait de la coexistence des deux maladies.

VII. — Le traitement consistera :

1°) A proscrire les lavements qui peuvent déterminer une réaction appendiculaire, de même que les bains.

2°) Ordonner le repos absolu avec la diète et les applications de glace.

3°) Si l'urgence se fait sentir, ne pas hésiter à opérer, même pendant l'éruption.

4°) Surveiller à longue échéance l'appendice des rougeoleux qui ont présenté des symptômes d'appendicite au cours de leur infection rubéolique.

Vu : *Le Président de thèse*,
LEJARS.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AUDBERT.— La rougeole chez l'appendiciteux. Gaz.méd. du centre, Tours. 1908 p. 147.

ANGHEL. — Pathogénie de l'appendicite. Paris 1896-97.

BARDON. — Quelques mots sur le rôle étiologique des mal. inf. dans l'appendicite. Th. Paris, 1903-04.

BEAUSSENAT. — Append. experim. *Bull. de la Soc. Anat.* de Paris 1897.

BICKEL. — Masern und appendicitis. Berl. Klin. Wochenschr 1907, 22 juillet, p. 939.

Mme de BIEHLER. — Angine et appendicite. Arch. de méd. des enf. 1905

BLAIS. — Appendicite à forme grave chez l'enfant. Paris 1905-06.

BLACKBURN. — Péritonite à pneumocoque. Paris 1899-1900.

BOROWSKY. — Etiol. et trait. de l'appendicite. Journal de Médecine russe. 1897.

Bord. — Des réactions appendic. au cours de la syphilis second, comptes rendus de la Soc. de biol. 16 nov. 1907.

Boivin. — Foie appendiculaire. Paris 1905-06.

Bonjour. — Adénopathie peri-appendiculaire. Paris 1901-02.

Chambord. — Contrib. à l'étude de l'étiol. et de la pathog. de l'appendicite. Th. Lyon 1898-99.

Chastenet. — Quelques recherches sur l'appen. Paris 1896-96.

Chapeyron. — Péritonite généralisée et appendicite. Paris 1904-05.

Charmettes. — Epidémie de rougeole à Toulouse 1907-08.

Chapon. — 62 cas d'appendicite opérés. Paris 1900-02.

Charrin. — Reprod. experim. d'app. par injection d'un streptobacil. ds le sang. — Bull, de la Soc. de Biol 31 Juillet 1897.

Charpentier. — Appendicite pendant la grippe. Bull. med. Paris 1901.

Chauvel. — De l'appendicite dans l'armée pendant les dernières années. Bull de l'Ac. de méd. 1903, 3 Nov.

Comby. Traité des mal. de l'enfance. Paris 1907.

Corbellini. — El bacilo de Pfeiffer en la appendicitis. Revista de la Sociedad médica Argentina. 1902

Couenon. — Enanthéme. Paris 1905-06.

David. — Examen du sang dans l'appencite. Paris 1902-03.

DELACOUR. — Le syndrome adénoidien. Th. Paris 1904.

DELION. — Appendicite et diathèse d'anto-infection. Th. Paris 1903-04.

DUBARRY. qqs cas d'app. opérés. Paris 1900-01.

FAISANS. — La véritable cause de l'appendicite. Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hop. de Paris. 24 mars 1899.

FARNOC. — Appendicite et naso-pharnynx chez l'enfant. Bordeaux 1908.

FERRIER. — Appendiclte pnemococcique. Bull. et mém. Soc. méd. dés hop. Paris, 1902.

FLORAND. — Sur la nature et le traitement de l'appendicite. Sem. méd. 1896.

— A propos de l'appendicite. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. 17 mars 1899.

FRENKEL. — Influence de la rougeole sur la réviviscence et l'aggravation des inf. ant. — Paris, 1897-98.

GAGNIÈRE. — Grippe et appendicite. — *Gaz. des hôpitaux.* Paris, 1899.

GAUCHER. — *Presse médicale,* 20 avril 1904.
Gazette des hôp. 9 novembre 1905.
Annales des maladies vénériennes, 1907.

GILBERT et LIPMANN. — Le microbisme normal de l'appendice. Comptes rendus de la Soc. de biologie. Paris, 1906.

GOLOUBOW. — Appendicite comme infection microb. épid. St-Pétersbourg, 1896.

GORDON. — L'appendicite chez l'enfant. — Thèse, Paris, 1895-96.

GOUGET. — Appendicite folliculaire par pyohémie exp Soc. biol. 8 juillet 1899.

HAYEM. — Appendicite grippale. Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. Paris, 19 mars 1897.

HUTINEL. — Appendicite et pseudo-appendicite dans certaines mal. infectieuses. Journ. des prat. 29 avril 1908.

JALAGUIER. — Bull. méd. 1885. Juin-Août.
Traité de chirurgie, 2e éd. art. : appendicite.

JOSNE. — Appendicite exper. par injection sanguine. Soc. de biol. 13 mars 1897.

KAUFFMANN. — Appendicite dans la scarlatine. Th. Paris. 1907-08.

KOUSNETZOFF. — Rapport de l'appendicite avec les mal. infectieuses, 1905.

LANNELONGUE. — Append. et causes. Comptes rendus Ac. des sciences, Paris, 1902.

LEJARS. — Angine et append. Sem. mèd. 29 juin 1904.

LETULLE et WEINBERG. — Lésions histol. de l'app. *Presse méd.* 4 août 1897.

LENDET. — Arch. gén. de méd. 1859 p. 129.

VON MAYER. — Revue de la Suisse Romande.

MERCKLEN. — Appendicite grippale. *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.* 19 mars 1897.

MENGUS. — Appendicite consécutive à la rougeole. *Arch. méd. d'Angers* 1905.

MOCQUETTE. — Appendicite et typhoïde. Lille 1905-06.

OECHSNER de CONINCK. — Péritonite pneumococcique. Montpellier 1909-10.

OSNAO. — Appendice et pneumonie. Montpellier 1910-11.

PILLIET et COSTES. — Etude sur l'appendicite follicul. *Bul. de la Soc. anat.* Janvier 1895.

POLIAKOF. — Appendicite et pneumonie. *Revue de méd. russe* 1901.

RECLUS. — Pathog. de l'appendicite. *Sem. méd.* 23 juin 1897.

ROGER. — Les maladies infectieusee. Paris 1902.

ROBERT. — Rash prééruptif de la rougeole. Paris 1895-96.

SAHLI. — Comptes rendus du Congrès de Munich 1895. *In. sem. méd.* Avril 1895.

SERVETTI. — Append. e angina. *Gaz. méd. ital.* Torino 1906.

SIMONIN. — Manifest. app. au cours de quelques mal. inf. « Bull. et mém. de la Société. méd. des hôp. 27 déc. 1901.

SICARD. — L'appareil lymphoïde de l'intestin. — Th. Paris, 1903-04

Sirotinin. — Un cas de grippe compliqué de peritonite. Soc. des méd. russes. St-Pétersbourg, 1892.

Simon. — Epidémies de pneumonie. Montpellier, 1910-11.

Silhol. — Examen du sang dans l'appendicite. Paris 1902-03.

Simon. — Arthrite suppurée post. rubéol. Montpellier 1896-97.

Schoumski. — Appendicite et rougeole. Paris 1908-09.

Thibault. — Epidémicité de l'appendicite. Paris 1899-1900.

Tripier et Paviot. — Pathogénie péritonique de la crise appendiculaire. Arch. gén. de méd. 1899.

— Appendicite par infection générale. Sem. méd. 1899. N° 10.

Triboulet. — Pneumonie et réactions intestinales de la rougeole. Soc. méd. des hop. 27 février 1913. La clinique 29 sept. 1911. Soc. méd. des hop. 10 janvier 1913. La clinique 21 mars 1913.

Verneuil. — De la grippe au point de vue chirurgical. Bull. de l'ac. de méd. 1890. N° 33.

Weber Hans. — Amygdalite et appendicite. Munch. méd. wochensch 30 déc. 1902.

Williams. — A case of measles complicated by appendicitis. Ann. pé. Soc. New-York. 1901.

Widal. — Journal de chirurgie, 1912.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)